

# Le colchimax dans les suites d'interventions sur varices



**THÈSE**  
pour le DOCTORAT D'ÉTAT EN MÉDECINE  
présentée et soutenue publiquement le 20 mai 1975  
par  
**Evelyne BALAX**

**JURY**

|                |           |
|----------------|-----------|
| MM. G. BASTIDE | Président |
| J. POULHES     | Assesseur |
| J. BECUE       | Assesseur |
| P. MONTASTRUC  | Assesseur |
| Ph. BECADE     | Suppléant |



# Le colchimax dans les suites d'interventions sur varices



**THÈSE**  
pour le DOCTORAT D'ÉTAT EN MÉDECINE  
présentée et soutenue publiquement le 20 mai 1975  
par  
**Evelyne BALAX**

**JURY**

|                |           |
|----------------|-----------|
| MM. G. BASTIDE | Président |
| J. POULHES     | Assesseur |
| J. BECUE       | Assesseur |
| P. MONTASTRUC  | Assesseur |
| Ph. BECADE     | Suppléant |

# Le colchimax dans les suites d'interventions sur varices



THÈSE  
pour le DOCTORAT D'ÉTAT EN MÉDECINE  
présentée et soutenue publiquement le 20 mai 1975  
par

Evelyn BALAX

| JURY           |           |
|----------------|-----------|
| MM. D. BASTIÈS | Président |
| J. ROULHES     | Assesseur |
| J. BÉCUC       | Assesseur |
| P. MONTASTRUC  | Assesseur |

# UNIVERSITE PAUL SABATIER

118, Route de Narbonne - 31077 TOULOUSE CEDEX

Président de l'Université  
1er Vice-Président  
2ème Vice-Président  
3ème Vice-Président Etudiant

M. LARENG  
M. MATHIS  
M. MARTIN  
Mlle RIVEMALE

## TABEAU DU PERSONNEL DES FACULTES DE MEDECINE GROUPEES DANS L'UNIVERSITE PAUL SABATIER

### HONORARIAT

Doyen honoraire  
Doyen honoraire  
Doyen honoraire  
Professeur honoraire  
Professeur honoraire  
Professeur honoraire  
Professeur honoraire  
Professeur honoraire  
Professeur honoraire  
Professeur honoraire

M. CALVET  
M. BRUSTIER  
M. LAZORTHES  
M. VALLOIS  
M. TAPIE  
M. DELAS  
M. RISER  
M. BUGNARD  
M. VINCENT  
M. MOREL  
M. BOUISSET

Professeur honoraire  
Professeur honoraire  
Professeur honoraire  
Professeur honoraire  
Professeur honoraire  
Professeur honoraire  
Professeur honoraire  
Professeur honoraire  
Professeur honoraire  
Professeur honoraire

M. CALMETTES  
M. THOMAS  
M. LAGROT  
M. DESFORGES-MERIEL  
M. FABRE P.  
M. JAHIER  
M. SENDRAIL  
M. PONS  
M. SORREL  
M. PLANQUES  
M. MARQUES

### FACULTE DE MEDECINE DE PURPAN

Doyen : M. BOLLINELLI

#### PROFESSEURS TITULAIRES

|                 |                                                 |
|-----------------|-------------------------------------------------|
| M. ARMEINGAUD   | Clinique des Maladies Infectieuses              |
| M. AL-VERGNAT   | Biophysique Médicale A                          |
| M. BAZEX        | Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques |
| M. BASTICH      | Anatomie                                        |
| M. BEY          | Ophtalmologie                                   |
| M. BESSON       | Physiologie                                     |
| M. BOULARD      | Pathologie Générale et Médecine Expérimentale   |
| M. BROUSSY J.   | Embryologie Générale                            |
| M. DALOUS       | Clinique Médicale Infantile A                   |
| M. DAMBRIN      | Pathologie Chirurgicale                         |
| M. DARDENNE     | Clinique Médicale et Cardiologique              |
| M. DELAUDE      | Clinique de Pneumo-phthisiologie                |
| M. DENARD       | Hydrologie Thérapeutique et Climatologie        |
| M. DUCOS        | Immunologie                                     |
| M. ESPAGNO J.   | Neuro-Chirurgie                                 |
| M. FABRE J.     | Anatomie Pathologique                           |
| M. GADRAT       | Clinique Médicale Sud                           |
| M. GAYRAL       | Psychiatrie d'Adultes                           |
| M. GIEZES-RUEFF | Médecine Légale et Médecine du Travail          |
| M. GRIMOUD      | Clinique Chirurgicale et du Cancer              |

### FACULTE DE MEDECINE DE RANGUEIL

Doyen : M. ENJALBERT

#### PROFESSEURS TITULAIRES

|                 |                                                      |
|-----------------|------------------------------------------------------|
| M. ARLET        | Rhumatologie                                         |
| M. BAISET       | Physiologie Appliquée et Pharmacologie               |
| M. BIERME       | Hématologie                                          |
| M. BIMES        | Histologie                                           |
| M. BOUISSOU     | Anatomie Pathologique                                |
| M. BRU          | Biophysique Médicale B                               |
| M. CADENAT      | Clinique Stomatologique et Chirurgie Maxillo-faciale |
| M. CALAZEL      | Cardiologie Clinique et Expérimentale                |
| M. CLAUX        | Clinique O.R.L. et Chirurgie Maxillo-faciale         |
| M. DARNAUD      | Thérapeutique                                        |
| M. DEODATI      | Clinique Ophtalmologique                             |
| M. DOUSTE-BLAZY | Biochimie Médicale                                   |
| M. DUPRE        | Dermato-Vénérologie                                  |
| Mme ENJALBERT   | Bactériologie et Virologie                           |
| M. ENJALBERT    | Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire              |
| M. FICAT        | Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologie  |
| M. GEDEON       | Clinique Chirurgicale                                |
| M. GERAUD       | Clinique Neurologique et Psychiatrique               |
| M. GUILHEM      | Histologie                                           |
| M. JUSKIEWSKI   | Anatomie Appliquée                                   |

M. LAPORTE J. Séméiologie et Clinique Médicale  
M. LARENG Anesthésie et Réanimation  
M. MONNIER Hygiène et Médecine Sociale  
M. MONROZIES Accouchement et Obstétrique Sociale  
M. MONTASTRUC Physiologie Appliquée et Pharmacologie  
M. PASQUIE Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie  
M. PLANEL Biologie Médicale  
M. RASCOL Neurologie  
M. REGNIER Clinique Médicale Infantile B  
M. RIBAUT Pathologie Médicale  
M. RUFFIE R. Clinique Rhumatologique  
M. VALDIGUIE P. Biochimie Médicale

M. LAZORTHES G. Clinique de Neuro-chirurgie  
M. LE TALLEC Médecine Interne  
M. LHEZ Clinique des Maladies des Voies Urinaires  
M. MIGUERES Pneumo-Physiologie  
M. PONTONNIER A. Clinique Obstétricale  
M. POULHES Clinique Chirurgicale A et Gynécologie  
M. ROULLEAU Electro-radiologie

#### PROFESSEURS SANS CHAIRE (P.S.C.)

##### MAITRES DE CONFERENCES AGREGES (M.C.A.)

M. ALBAREDE (M.C.A.) Pneumo-Physiologie  
M. ARBUS (M.C.A.) Médecine Légale et Toxicologie  
M. BARTHE (M.C.A.) Pédiatrie  
M. BESOMBES (M.C.A.) Physiologie  
M. BOLLINELLI (P.S.C.) Pneumo-Physiologie  
M. CATHALA (M.C.A.) Anesthésiologie  
M. COLOMBIES (M.C.A.) Hématologie  
M. COMBELLES (M.C.A.) Anatomie et Organogénèse  
M. COMBES (P.S.C.) Radiologie  
M. CONTE (M.C.A.) Néphrologie  
M. COSTAGLIOLA (P.S.C.) Chirurgie Générale  
M. DUFFAUT (M.C.A.) Médecine Interne  
M. ESCHAPASSE (P.S.C.) Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire  
M. ESTRADE (P.S.C.) Cancérologie  
M. FABRE Jean (P.S.C.) Anatomie Pathologique  
M. FEDOU (P.S.C.) Médecine Interne  
M. FOURNIE A. (M.C.A.) Rhumatologie  
M. GAILLARD (M.C.A.) Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire  
M. GALINIER (M.C.A.) Médecine Interne  
M. GAY (M.C.A.) Orthopédie, Traumatologie et Chirurgie Plastique  
M. GHISOLFI (M.C.A.) Pédiatrie  
M. GUIRAUD R. (P.S.C.) Biophysique  
M. GUIRAUD-CHAUMEIL B. (M.C.A.) Neurologie  
M. LACOMME (M.C.A.) O.R.L.  
Mme LARENG (P.S.C.) Bactériologie - Virologie  
M. LARROUY (P.S.C.) Parasitologie  
M. LAZORTHES F. (M.C.A.) Chirurgie Générale  
M. PAGES (P.S.C.) Physiologie  
M. PASCAL (M.C.A.) Hépto-gastro Entérologie  
M. PONTONNIER F. (MCA) Urologie  
M. PRIS (M.C.A.) Hématologie, Maladies du Sang (option clinique)  
M. PUTOIS (M.C.A.) Radiologie  
M. SALVADOR (M.C.A.) Thérapeutique Réanimation - Rééducation Fonctionnelle et Hydrologie  
M. SOLEILHAVOUP (M.C.A.) Histologie, Embryologie, Cytogénétique  
M. UTHEZA (P.S.C.) Orthopédie, Traumatologie et Chirurgie Plastique

#### PROFESSEURS SANS CHAIRE (P.S.C.)

##### MAITRES DE CONFERENCES AGREGES (M.C.A.)

M. BAYARD (M.C.A.) Endocrinologie  
M. BECUE (M.C.A.) Anatomie et Organogénèse  
M. BERNADET (M.C.A.) Cardiologie  
M. BES (P.S.C.) Neurologie  
M. BOUNHOUR (M.C.A.) Cardiologie  
M. CARTON (M.C.A.) Cancérologie  
Mme DIDIER (M.C.A.) Bactériologie, Virologie  
M. ESCAT (P.S.C.) Chirurgie Générale  
M. FABIE (M.C.A.) Stomatologie  
M. FREXINOS (M.C.A.) Hépatologie, Gastro-entérologie  
M. GAUBERT (P.S.C.) Chirurgie Infantile  
M. GERAL (P.S.C.) Physiologie  
M. GOUZI (M.C.A.) Chirurgie Générale  
M. JOVER (M.C.A.) Pneumo-Physiologie  
M. LAZORTHES Y. (MCA) Neuro-chirurgie  
M. MANELFE (M.C.A.) Radiologie  
M. MORON (M.C.A.) Psychiatrie Infantile  
M. OHAYON (M.C.A.) Immunologie (option bioclinique)  
M. PONTONNIER G. (MCA) Gynécologie, Obstétrique  
M. PUEL (M.C.A.) Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire  
M. PUJOL (M.C.A.) Médecine du Travail  
M. REGIS (M.C.A.) Biophysique  
M. RIBET (P.S.C.) Hépto-gastro Entérologie  
M. ROCCHICCIOLI (M.C.A.) Pédiatrie  
M. RUMEAU (M.C.A.) Anatomie Pathologique  
M. SARRAZIN (P.S.C.) Chirurgie Générale  
M. SEGUELA (M.C.A.) Parasitologie  
M. SUC (P.S.C.) Néphrologie  
M. THOUVENOT (M.C.A.) Biochimie  
M. VALDIGUIER (P.S.C.) Biochimie  
M. VIRENOUE (M.C.A.) Anesthésiologie

#### AGREGES LIBRES

M. GLEIZES Pathologie Expérimentale  
M. SOUQUET Chirurgie Générale

#### AGREGES LIBRES

M. ESPAGNO G. Obstétrique

Secrétaire Général de l'Université :

M. PRINEAU

Liste arrêtée le 20 Février 1975

L'Université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 Mai 1981)

A mes Parents,

En reconnaissance de tous les efforts  
auxquels ils ont largement consenti  
afin qu'aujourd'hui je présente ce  
travail.



A Notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur G. BASTIDE

Professeur d'Anatomie et Organogénèse  
Chirurgien des Hôpitaux

Vous nous faites l'honneur de présider  
notre Jury de Thèse.

Vos précieux conseils nous ont guidé  
tout au long de l'élaboration de ce travail  
que vous nous avez confié.

Nous avons apprécié votre bonté, votre  
bienséance et la qualité de votre enseignement.

Soyez assuré de notre profonde reconnaissance  
et de notre respect.

Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41546613\\_0010](https://archive.org/details/IA41546613_0010)

A notre Jury de Thèse :

Monsieur le Professeur J. POULHES

Professeur de Clinique Chirurgicale et Gynécologique  
Chirurgien des Hôpitaux

Vous avez accepté de siéger à ce Jury  
de Thèse et nous en sommes très honorés.

Nous avons profité de la perfection de  
votre technique chirurgicale.

Que votre gentillesse et votre dévouement  
nous servent d'exemple.

Veillez trouver par ce travail la certitude  
de notre estime et de notre reconnaissance.



Monsieur le Professeur J. BECUE

Maître de Conférence Agrégé d'Anatomie  
Chirurgien des Hôpitaux

Vous avez guidé avec bienveillance nos premiers pas dans les services de Chirurgie et nous avons bénéficié de vos connaissances.

Acceptez nos très sincères remerciements et l'expression de notre gratitude.

Monsieur le Professeur P. MONTASTRUC

Professeur de Physiologie et de Pharmacologie

Nous avons bénéficié de votre didactique claire et précise.

Nous vous remercions d'accepter de siéger à ce Jury.

Veuillez trouver par ce travail l'expression de notre reconnaissance.

Monsieur le Docteur Ph. BECADE

Assistant des Hôpitaux

Nous vous remercions d'avoir bien voulu accepter de siéger à ce Jury de Thèse.



A Monsieur le Professeur L. LARENG

Président de l'UNIVERSITE PAUL-SABATIER  
Professeur d'Anesthésie et Réanimation  
Médecin des Hôpitaux  
Chevalier de l'Ordre National du Mérite.

Veuillez croire en notre respectueuse  
considération.

A Nos Maîtres d'Anesthésie et Réanimation

Vous nous faites partager votre savoir  
avec bienveillance, soyez certain de  
notre reconnaissance.

A Monsieur D. LEFEBVRE,

Interne des Hôpitaux.

Nous vous remercions pour l'aide apportée  
dans la réalisation de ce travail.



- P L A N -

-----

- Introduction

- Les indications de la chirurgie des varices

1- Insuffisance ostiale pure

2- Les indications particulières

a) Varices des saphènes externe et interne

b) Bilatéralité de l'atteinte veineuse

c) La femme enceinte

d) Petites phlébites superficielles

3- Facteurs intercurrents

- L'acte opératoire

- Les complications dues à la chirurgie des varices

1- Thromboses des veines profondes

2- Infection et désunion cutanées

3- Retard de cicatrisation

4- Echymose et hématome

5- Ecoulement lymphatique

6- Oedèmes résiduels

7- Inflammation



- La sclérose

1- Les indications

- a) la varicose diffuse
- b) varices restantes en post-opératoire
- c) varices post-phlébitiques

2- Les complications

- a) lésions inflammatoires et veinites
- b) troubles trophiques

- Le phénomène inflammatoire

1- Rappel histophysiopathologique

- a) dystrophie des parois veineuses
- b) diminution de l'activité métabolique
- c) physiopathologie

2- Le "trinôme artère capillaire veine" (8)

3- Les "modalités réactionnelles de la micro-circulation au cours de la circulation se regroupent en cinq phénomènes" (8)

- a) vaso-constriction artériolaire fugace
- b) vaso-dilatation durable
- c) exsudation plasmatique
- d) le ralentissement circulatoire
- e) la diapédèse leucocytaire et la réaction cellulaire

- Le Colchimax

1- L'action anti-inflammatoire de la colchicine

- a) rappel physicochimique
- b) bref rappel historique
- c) explication de l'action anti-inflammatoire
- d) les inconvénients de la colchicine



2- L'action atropinique de l'iodure de tiémonium

3- Phénobarbital et poudre d'opium

4- Les autres actions du colchimax et les contre-indications

a) colchicine

b) l'iodure de tiémonium

c) le phénobarbital et la poudre d'opium

- Observations particulières

- Tableau

Critères d'appréciation

Commentaires

Historiogrammes

- Conclusion

- Bibliographie



- I N T R O D U C T I O N -

-----

L'insuffisance veineuse des membres inférieurs et la maladie variqueuse sont connues depuis de longs siècles. Cent ans avant J.-C., Caius Marius, consul romain, subissait une ablation de ses paquets variqueux par section au fer rouge, puis suppression des segments veineux restants grâce à un crochet métallique. Ainsi l'éveinage existait déjà.

BABCOCK en 1902 met au point la technique de l'éveinage de la saphène interne. Depuis de grandes améliorations ont eu lieu dans la pratique chirurgicale, et actuellement on réalise un véritable traitement médico-chirurgical des varices.

Selon le Colloque de Phlébologie de 1962, nous pouvons considérer que dans 95 % des cas d'interventions pour insuffisance veineuse ostiale et 75 % dans les cas de maladies variqueuses, il n'y a pas de récédive si la cure chirurgicale s'accompagne de scléroses limitées aux petits troncs veineux restants.

Toutefois, dans l'étape post-opératoire, et à plus longue échéance, nous rencontrons de 5 % à 15 % de complications allant de la plus rarissime et plus grave : la thrombose veineuse profonde ; à la plus bénigne et fréquente : réaction inflammatoire du tissu conjonctivo-vasculaire avec atteinte du trinôme "artère capillaire veine " et toutes ses conséquences hémodynamiques.

Le COLCHIMAX, nouvelle thérapeutique anti-inflammatoire, réduit à un minima les suites d'intervention chirurgicale. D'autre part, la composition particulière de ce produit modère les réactions générales dues à la Colchicine.

x

x

x



## LES INDICATIONS

### DE LA CHIRURGIE DES VARICES

La mise au point actuelle de cette intervention conduit à une pratique chirurgicale courante et quotidienne.

#### 1) - L'INSUFFISANCE OSTIALE PURE:

Quatre-vingt dix pour cent des médecins s'affirment pour la cure chirurgicale des varices avec insuffisance ostiale s'accompagnant de signes fonctionnels de stase et de troubles veineux circulatoires importants. La douleur à type de brûlure, la lourdeur, les crampes, l'oedème s'associent à de plus ou moins volumineuses dilata-tions variqueuses tortueuses et serpentant le long des saphènes sous un revêtement cutané fin avec des troubles trophiques souvent associés

La pathologie variqueuse renforcée par les métiers de force et la station debout présente un développement accru sur des terrains où prédomine " une dystrophie héréditaire des parois vei-neuses ".

En présence d'un système veineux profond en bon état, la crossectomie et l'éveinage des saphènes avec ligatures des com-municantes ramèneront une circulation veineuse satisfaisante.

Il faut insister sur l'utilité de la sclérose dans les suites opératoires. Elle est indispensable quand il y a une varicose diffuse des membres inférieurs.

#### 2) - LES INDICATIONS PARTICULIERES :

- a) Des varices de la saphène externe se trouvent souvent associées à celles de la saphène interne : on procède à la crossectomie et à l'éveinage des deux veines dans le même temps opératoire.



- b) Dans la bilatéralité de l'atteinte veineuse : l'intervention se fera en deux temps avec cinq jours d'intervalle au moins.
- c) Chez la femme enceinte : On évite le plus possible l'acte chirurgical, l'état veineux s'améliorant nettement dans le post-partum. Toutefois, une minorité de phlébologues optent en faveur de l'acte opératoire car une grossesse ultérieure serait mieux supportée au point de vue veineux.
- d) Cas de petites phlébites superficielles : Une action phlébologique est souhaitable avant l'intervention. Seule la thrombose ascendante de la saphène crurale conduit à la ligature en urgence.

### 3) - LES FACTEURS INTERCURRENTS :

L'état général, l'âge, l'obésité des malades interviennent dans la décision chirurgicale. Les antécédents de phlébites profondes, artérites, lymphoedèmes, varicoses diffuses sont des contraindications à discuter ; dans ces cas-là, le traitement médical d'abord, puis chirurgical en second s'impose.

Après un examen séméiologique local et général minutieux, voire avec l'appui d'examens complémentaires tels que Phlébographie ou Artériographie nous envisagerons l'intervention.

x

x      x



- L' A C T E   O P E R A T O I R E   -  
-----

Pratiqué le plus souvent sous anesthésie péri-durale, il consiste en une ligature de la crosse de la saphène avec éveinage accompagné de ligatures des perforantes et des communicantes éventuelles, et résection des paquets variqueux adjacents.

Le membre inférieur est mis en abduction - rotation externe. Après une crossectomie soigneuse avec double ligature, un éveinage est pratiqué avec un stripper adapté aux circonstances opératoires. Le malade est en position de Trendelenburg uniquement à la fin de l'intervention au moment de l'éveinage. On pratique également la dissection étagée des veines et des branches communicantes. Une contention élastique du membre opéré prévient le risque d'hématome.

x

x            x



L E S   C O M P L I C A T I O N S  
-----  
D E   L A   C H I R U R G I E   D E S   V A R I C E S  
-----

1) - THROMBOSES DES VEINES PROFONDES :

L'éveinage et la ligature des veines exposent à des thromboses des veines profondes. C'est un accident rarissime de l'ordre de trois pour mille (Colloque du 3 Mars 1962 de la Société Française de Phlébologie). Ces thromboses feraient suite à des oedèmes post-opératoires très importants.

2) - INFECTION ET DESUNION CUTANÉES :

L'infection et la désunion cutanées ne se rencontrent qu'après une mauvaise préparation du malade, ou une intervention en présence d'un ulcère avec signes inflammatoires aigus et hypodermiques.

3) - RETARD DE CICATRISATION :

Les retards de cicatrisation se rencontrent avec des incisions sur une peau en mauvais état, et surtout au niveau du genou ou de la malléole. Un granulome inflammatoire peut se constituer rarement au niveau de la malléole.

4) - ECCHYMOSE ET HÉMATOME :

L'hématome est assez courant sur le trajet du vaisseau éveiné, et l'ecchymose est quasi constante. L'hématome peut persister de nombreux mois sous forme de cordon palpable.

5) - L'ÉCOULEMENT LYMPHATIQUE : (exceptionnel)

Il apparaît parfois par arrachage des petits vaisseaux lymphatiques.



6) - LES OEDEMES RESIDUELS :

Peu fréquents ils se rencontrent lors d'une hypodermite associée.

7) - L'INFLAMMATION :

Il existe enfin des phénomènes inflammatoires banaux au niveau du tissu conjonctivo-vasculaire du membre éveiné. Ces processus inflammatoires post-opératoires altèrent les parois des anastomoses veino-veineuses et conduisent à l'apparition d'un néo-réseau variqueux. Les parois des veines altérées expliquent le risque de thrombose.

x

x

x



## - L A S C L E R O S E -

-----

La sclérose est soit un acte isolé soit un complément de l'acte chirurgical.

### 1) - LES INDICATIONS :

- a) La varicose diffuse : la sclérose est particulièrement indiquée dans la varicose diffuse des membres inférieurs, et après crossectomie des saphènes externe et interne si besoin est. Ce traitement se prolongera pendant des années étant donné la tendance évolutive de cette affection dégénérative des parois veineuses.

La sclérose sera donc pratiquée dès le début de cette maladie, sur des varices peu volumineuses, plus ou moins disséminées, sans insuffisance de la crosse des saphènes. Le traitement sclérosant doit être entretenu.

- b) Les varices restantes en post-opératoire : dans ce cas nous retrouvons beaucoup de partisans de la sclérose pour compléter la cure de quelques rares dilatations veineuses pouvant subsister ou récidiver plus tard.
- c) Les varices post-phlébitiques : à la suite de phlébites antérieures, la reperméabilisation lente et progressive du tronc veineux profond explique la perturbation de la circulation de retour, et toute la pathogénie de la " maladie post-phlébitique avec oedème, syndrome douloureux, sclérose rétractile des téguments, ulcère de jambe, sur un fond de dermite pigmentaire, varices, troubles vasomoteurs " (9).

La chirurgie, contrindiquée sur des tissus profondément remaniés, fait place à la sclérose des quelques varices résiduelles post-phlébitiques, des " petits troncs veineux nourriciers, des fins lacis et des bouquetssupérieurs." (1).



## 2) - LES COMPLICATIONS :

- a) Lésions inflammatoires et veinites : la sclérose est génératrice de lésions inflammatoires et de poussées de veinite s'accroissant avec un surdosage du produit sclérosant. " On commencera par des injections à faible concentration puis on augmentera progressivement en trois à quatre séances ". (5).
  
- b) Troubles trophiques : quelques troubles trophiques et des séquelles pseudo-phlébitiques s'observent parfois à distance mais sont très rares.

La sclérose sera donc :

- . soit une pratique exclusive ;
- . soit un complément de l'acte chirurgical.

Elle réclamera l'assiduité et la persévérance du malade  
sinon les troncs veineux redeviendront fonctionnels.

x

x            x



## - L E P H E N O M E N E I N F L A M M A T O I R E -

-----

Le traumatisme chirurgical et la sclérose favorisent le déclenchement d'une inflammation au niveau du tissu conjonctivo-vasculaire sur un terrain déjà favorisé.

### 1) - RAPPEL HISTOPHYSIOPATHOLOGIQUE :

- a) Dystrophie des parois veineuses : au niveau de la tunique moyenne les fibres musculaires et élastiques disparaissent au profit de la sclérose.

L'hyperplasie musculo-élastique de la média évolue vers la fibrose. L'adventice se transforme en un manchon scléreux comprimant les vasa-vasorum et entraînant une réaction congestive.

- b) Diminution de l'activité métabolique : on observe une dégénérescence du collagène. L'induration et l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané forment une sorte de gangue adhérent aux aponévroses.

- c) Physiopathologie : les liquides ne sont plus retenus à l'intérieur des vaisseaux veineux la pression artérielle augmentant, d'où une stase chronique avec hyperpression veineuse, facteur d'oedème. Il y aura une malnutrition progressive des tissus avec oedème et capillarite.

" L'ouverture des shunts artério-veineux renforce les troubles métaboliques et trophiques. La stase lymphatique exagère également l'oedème, les altérations neuro-trophiques capillaires et artériolaires ".(2)(8)



2) - LE "TRINOME ARTERE CAPILLAIRE VEINE " (8)

Toute atteinte du trinôme peut réagir sur tous les autres éléments de ce réseau, et un trouble hémodynamique aussi important que celui provoqué par le contre-courant ne peut laisser indifférent l'arbre artériolo-capillaire. La très grande plasticité du système capillaire, cette capacité d'adaptation, sera exacerbée dès le début de la réaction inflammatoire.

3) - " LES MODALITES REACTIONNELLES DE LA MICROCIRCULATION " (8)  
AU COURS DE L'INFLAMMATION : se regroupent en cinq phénomènes

a) La vasoconstriction artériolaire primitive : elle est de nature réflexe en dépit de son caractère adrénergique. Le système nerveux sympathique intervient dans la réaction vasomotrice inflammatoire (ADAMI) qui peut cependant se dérouler en l'absence de tissu nerveux (COHNEIM).

b) La vasodilatation secondaire : elle est durable avec accélération du débit sanguin.

" Le shunt artériolo-veinulaire disparaît, les sphincters pré-capillaires s'ouvrent, puis sont dilatés au maximum et réfractaires aux vasoconstricteurs ". (8).

Le flux de retour sanguin par les veinules collectrices diminue. Les facteurs chimiques prédominent. L'histamine est retrouvée de façon importante au foyer inflammatoire avec augmentation de l'activité de l'histidine décarboxylase et dégranulation des mastocytes. " L'adénosine tri-phosphate et la sérotonine auraient une action conjuguée sur la vasodilatation inflammatoire." (8).

c) L'exsudation plasmatique : le plasma se répand dans les espaces péri-vasculaires. Cette hyperperméabilité, élément capital de la réaction inflammatoire, est particulièrement importante au niveau du secteur veinulaire. Les veinules seraient les premières altérées avant les capillaires.



L'hyperperméabilité s'expliquerait :

- " - la leukotaxine, ayant une action chimio-tactique sur les neutrophiles, serait libérée par action des enzymes protéolytiques sur les tissus lésés.
- le milieu devenant acide l'exsudine remplace la leukotaxine.
- la bradykinine et la globuline deviendraient actives par dilution ou contact." (8).

- d) Le ralentissement circulatoire apparaît : la stase capillaire et veinulaire entraîne une circulation latérale des leucocytes et des plaquettes.
- les facteurs impliqués dans la stase capillaro-veineuse sont dans le domaine de l'étude.
  - " le sludging serait lié à une perturbation des constituants plasmatiques.
  - les plaquettes deviennent adhérentes à la paroi par altération du manchon plasmatique marginal.
  - les cellules endothéliales modifiées dans la réaction inflammatoire conduisent à une margination des leucocytes puis à une adhérence de ceux-ci à l'endothélium" (8)
- On pense que des facteurs électrochimiques interviendraient.

- e) La diapédèse leucocytaire et la réaction cellulaire :
- le polynucléaire par un pseudopode, s'insinue entre la membrane basale et l'endothélium, et franchit la gaine périendothéliale.
- " les petits lymphocytes ne migrent pas sauf pour les veinules post-capillaires. Les globules rouges migrent s'il y a altération de l'endothélium. Les particules inertes migrent par l'intermédiaire d'un polynucléaire ou par micropinocytose ". (8).



La leukotaxine, les Quinines, les Globulines, faciliteraient la diapédèse leucocytaire.

Enfin, certaines substances d'origine bactérienne actives sur la diapédèse seraient sans action sur la perméabilité capillaire.

Les vaisseaux lymphatiques auront un débit qui augmentera énormément, les cellules lymphatiques présenteront un diamètre important et les échanges se feront entre les cellules ou à travers elles si l'inflammation est grave.

La réaction inflammatoire est quasi constante dans les suites d'intervention pour varices. L'action phlogogène réduite à un minimum contribue à l'amélioration rapide des séquelles chirurgicales.

x

x

x



- L E C O L C H I M A X -

-----

Cette nouvelle thérapeutique anti-inflammatoire grâce à son composant colchique, trouve une indication toute particulière dans les suites d'interventions pour varices.

Un certain nombre de médications adjuvantes (Phéno-barbital, Iodure de Tiémonium, Poudre d'Opium) introduites dans ce médicament permettent une meilleure tolérance de la Colchicine sur le plan digestif.

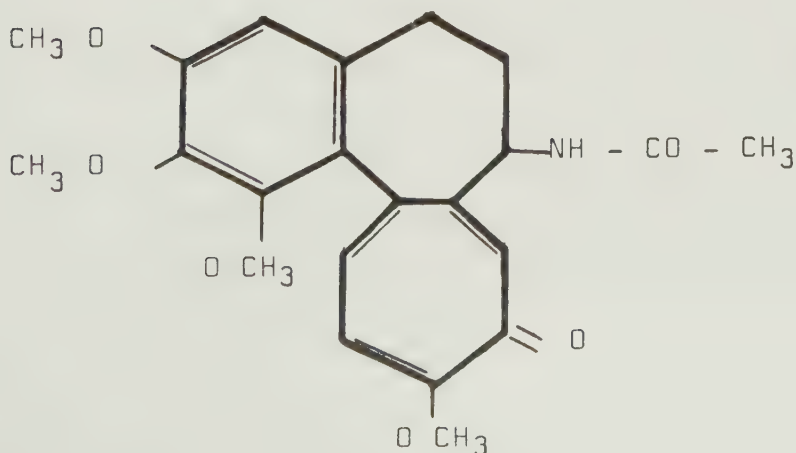
Le COLCHIMAX présente la composition suivante pour un comprimé :

- . Colchicine cristallisée : 1 milligramme
- . Iodure de Tiémonium : 50 milligrammes
- . Phénobarbital : 15 milligrammes
- . Poudre d'Opium : 12,5 milligrammes

1) - L'ACTION ANTI-INFLAMMATOIRE DE LA COLCHICINE :

- a) Rappel physico-chimique : La Colchicine est un principe actif du safran d'automne ou colchique. C'est une substance blanche jaunissant après l'exposition à la lumière, elle est peu soluble dans l'eau mais très soluble dans l'alcool et le chloroforme.

Sa formule chimique est la suivante :





- b) Rappel historique : Vers 1960 l'Ecole Marseillaise trouve des corréllations entre la pathologie veineuse, la goutte et les états hyper-uricémiques.

Déjà, vers 1685 SYDENHAM trouvait que la goutte était responsable d'affections veineuses. " SEDILLOT plus tard, assimile l'accès articulaire de la goutte à une périphlébite provoquée par la diapédèse à travers les veines de vagues successives de monocytes phagocytant les floculats d'acide urique ". (3).

- c) L'explication de l'action anti-inflammatoire : selon Monsieur SIMONART : " l'acide urique se trouve dans le sang et les tissus sous forme d'Urate bisodique qui est neutre ; en cas d'acidification du milieu, l'Urate bisodique se transforme en Urate monosodique précipitant vingt fois plus d'eau que l'Urate bisodique. L'Urate monosodique précipite s'il est abondant, ce phénomène n'est pas douloureux, c'est la réaction inflammatoire avec leucocytose qui provoque des douleurs. Comme les synoviales et les leucocytes produisent de grandes quantités d'acide lactique le PH du milieu s'abaisse, la précipitation d'Urates Acides augmente de même que les réactions inflammatoires.

La Colchicine interviendrait de deux manières :

- . en diminuant l'action inflammatoire des tissus
- . en arrêtant la phagocytose.

La production d'Acide Lactique prend fin et le cycle entretenant l'inflammation est rompu." (10).

On a étendu le traitement par la Colchicine de la goutte à la pathologie veineuse.

Le Professeur HOUSSET affirme que la Colchicine présente un pouvoir anti-inflammatoire vasculaire des plus puissants.



d) Les inconvénients : En dépit d'une brillante action anti-inflammatoire la Colchicine présente certains inconvénients.

Nous connaissons les diarrhées, nausées, vomissements causés par des doses assez fortes de Colchicine, et à doses très supérieures cette drogue entraîne une inflammation aiguë du tube digestif "elle serait la conséquence d'une paralysie progressive des capillaires du tube digestif dont la dilatation entraînerait une baisse de la tension sanguine par congestion de l'aire splachnique." (10)

Des expériences ont montré que l'accélération du péristaltisme intestinal se rapproche de celle causée par la pilocarpine.

## 2) - L'IODURE DE TIEMONIUM :

Ayant une action atropinique, il antagonise l'hypermotilité intestinale due à la Colchicine.

Diverses expériences ont prouvé l'action antispasmodique et spasmolytique de l'Iodure de Tiémonium (KERHOAS)(7).

- . Chez le rat narcosé, l'activité vagolytique est objectivée par l'inhibition de la cardiomodération induite par l'excitation du vague.
- . Chez le chien éveillé, l'activité est objectivée par l'étude de l'inhibition du tonus cardio-modérateur.
- . L'étude de l'inhibition de la sécrétion gastrique stimulée par l'Insuline conduit à des résultats comparables.
- . Sur l'iléon de cobaye, l'Iodure de Tiémonium présente une action antagoniste importante vis-à-vis des contractions provoquées par le Chlorure de Baryum.
- . L'étude du transit intestinal chez le rat permet de mettre en évidence une activité spasmolytique équivalente à celle du Bromure de N. Butyl-Hyoscine.



L'Iodure de Tiémonium présente un effet spasmolytique musculotrope et une action anticholinergique périphérique. Ses propriétés sont légèrement inférieures à celles du Sulfate d'Atropine, mais on ne peut cependant utiliser ce produit chez des malades présentant un glaucome ou une hypertrophie prostatique.

3) - LA PHENYLETHYLMALONYLUREE : lutterait à petites doses de façon très efficace contre les spasmes des fibres lisses et du colon en particulier.

Le Phénobarbital apporterait en plus une certaine note hypnotique sédatrice et anxiolytique

- LA POUDRE D'OPIUM : contient dix pour cent de Morphine ce qui explique son activité. Il y a une action dépressive majeure sur les organes à fibres lisses, mais peu de dépression du centre respiratoire.

4) - LES AUTRES ACTIONS DU COLCHIMAX ET SES CONTRINDICATIONS :

a) La Colchicine : Bloque les mitoses cellulaires au stade de la métaphase. On observe souvent des formes immatures de globules rouges et de globules blancs dans le sang.

Quelques réactions d'hypersensibilité peuvent apparaître à type de névrite, anémie ...

Certaines réactions digestives sont notées à doses trop élevées, sur un terrain digestif déjà irrité. On retrouve alors des nausées, des gastralgies, des diarrhées.

Enfin, la Colchicine aurait une petite action anti-allergique, et contracturante sur la fibre musculaire striée.

Son élimination se fait lentement sous forme d'Oxycolchicine par voie digestive et rénale. On ne peut administrer ce produit dans les affections digestives rénales et cardiaques graves et surtout pas aux femmes enceintes.



- b) L'Iodure de Tiémonium : libère l'Iode au niveau de l'organisme. On retrouvera cette molécule d'Iode dans le sang et cet oligoélément contribuera à rendre les tissus plus fermes.

Le Tiémonium ayant une action atropinique, nous ne pouvons administrer le COLCHIMAX aux malades atteints de glaucome et d'hypertrophie de la prostate.

Il n'y a pas d'effet au niveau du système nerveux central.

L'élimination se fait pour une faible partie par la bile et pour soixante-dix pour cent par les urines.

- c) Le Phénobarbital et la Poudre d'Opium : ces deux produits se trouvent dans le COLCHIMAX à doses minimales mais la Poudre d'Opium contraindique l'emploi du COLCHIMAX chez l'enfant au-dessous de cinq ans qui est très sensible aux dérivés morphiniques.

L'activité morphinique de la Poudre d'Opium étant très petite (de l'ordre de dix pour cent) on peut cependant donner le COLCHIMAX aux insuffisants respiratoires légers.

Le COLCHIMAX est une thérapeutique anti-inflammatoire majeure, avec un risque minime d'irritabilité digestive grâce à l'Iodure de Tiémonium.

Seules l'activité atropinique et l'action sur les mytos cellulaires en limitent l'emploi.

x

x

x



## O B S E R V A T I O N S   P A R T I C U L I E R E S

-----

### - Observation n° 1 :

Madame C. E. âgée de 65 ans est hospitalisée le 15 Avril 74. pour une cure de varices du membre inférieur gauche.

Sans antécédent clinique particulier, cette malade présente à son entrée dans le Service un énorme paquet veineux superficiel entouré de grosses varices au niveau du mollet gauche.

Les signes fonctionnels sont importants, avec douleurs à type de brûlure, lourdeur, et oedème associé.

Le 17 Avril on effectue une résection des principales dilatations variqueuses.

La malade est mise au COLCHIMAX à raison de 2 comprimés par jour dès le 18 Avril, pendant douze jours.

Les suites opératoires sont très satisfaisantes, il n'y a pas de séquelles inflammatoires.

La tolérance de ce produit s'est avérée excellente.

La malade quitte le Service le 29 Avril avec un traitement de dix jours à 2 comprimés de COLCHIMAX par jour.

La malade a été revue six mois après et les résultats à distance du traitement ont été satisfaisants.

o

o       o



- Observation n° 2 :

Madame R. J. âgée de 48 ans est hospitalisée le 13 Mars 74. pour une cure de varices des deux membres inférieurs.

Dans les antécédents, il n'y a pas de notion de phlébite ou de paraphlébite ou de traumatisme. Il s'agit de varices banales apparues au cours de la troisième grossesse et augmentées par les trois autres maternités.

Actuellement, le tableau fonctionnel est celui d'une insuffisance veineuse chronique légère sans signe d'ischémie périphérique mais avec des troubles trophiques cutanés à type d'eczéma. Il y a une dilatation très importante des crosses et des saphènes internes avec insuffisance des valvules et des communicantes, et le réseau veineux profond est normal.

Un éveinage bilatéral est pratiqué en deux temps le 20 Mars et le 1er Avril.

Le traitement par le COLCHIMAX est appliqué du 21 Mars au 11 Avril. Cette malade quitte le Service le 12 Avril avec le même traitement à poursuivre pendant quinze jours environ.

La tolérance du COLCHIMAX s'est avérée excellente et les suites opératoires très satisfaisantes.

o

o      o



- Observation n° 3 :

Monsieur D. J. âgé de 27 ans est hospitalisé dans le Service le 5 Mars 74. pour une cure de varices des deux membres inférieurs.

Il n'y a pas d'antécédents particuliers, pas de phlébite, pas de traumatisme. Les varices ont débuté il y a six ou sept ans et augmentent de volume progressivement.

Le syndrome fonctionnel est important avec douleurs, oedème, crampes nocturnes.

L'examen physique montre une insuffisance très légère des crosses des saphènes internes, mais des varices dilatées au niveau des jambes avec insuffisance des valvules et des communicantes.

Il s'agit d'une insuffisance veineuse chronique banale sans signe d'ischémie périphérique.

Le 7 Mars on pratique des résections étagées des paquets variqueux, et l'intervention est menée des deux côtés en un temps.

Le COLCHIMAX est prescrit dès le 8 Mars à la dose de 2 comprimés par jour.

Le malade quitte le Service le 14 Mars avec un très bon résultat anti-inflammatoire local et le COLCHIMAX s'est révélé d'une parfaite tolérance.

Nous conseillons au malade de poursuivre la prise du COLCHIMAX à 2 comprimés par jour pendant dix jours.

Le 21 Juin nous revoyons ce malade dans le Service de Consultations. Les dilatations variqueuses ont en grande partie disparu, mais il en persiste encore quelques-unes qui sont sans doute responsables du syndrome fonctionnel que le malade présente actuellement.

Nous envisageons un traitement sclérosant à instituer dès la fin de l'été.

En attendant, le malade reprend du COLCHIMAX étant donné les résultats intéressants obtenus dans les suites de sa dernière intervention.



- Observation n° 4 :

Madame S. O. âgée de 50 ans nous est adressée le 22 Mars 74 pour une thrombose veineuse superficielle à tendance extensive des deux membres.

Cette malade présente des varices apparues très tôt, augmentant avec les grossesses. Depuis quelque temps, Madame S. O. a de nombreuses périphlébites, actuellement tous les deux mois à peu près. Il n'y a pas eu d'ulcère, sauf quelques troubles trophiques au niveau de la cheville gauche. Des crampes, des sensations de chaleur et de refroidissement aux pieds gênent considérablement la malade.

Le 22 Mars une crossectomie bilatérale est pratiquée en urgence :

- " . A gauche : incision longitudinale  
découverte d'une crosse de saphène en position normale non altérée  
crossectomie  
bonne hémostase en fin d'intervention;  
fermeture en deux plans sur crin ; points séparés sur la peau.
- . A droite : incision longitudinale  
découverte d'une saphène interne thrombosée  
mais dont le thrombus n'atteint pas la crosse.  
crossectomie  
bonne hémostase en fin d'intervention ;  
drainage, fermeture en deux plans, points séparés sur la peau; "

Cette malade est mise sous traitement associant le COLCHIMAX à la CHYMOCYCLINE.

Madame S. O. quitte le Service début Avril sans aucun problème particulier.



Le 23 Septembre Madame S. O. est hospitalisée pour une paraplombite de la veine poplitée évoluant depuis trois mois.

L'intervention montre une dilatation sacciforme de la grosseur d'un oeuf au niveau de la veine poplitée et thrombosée. On pratique une résection de cette masse, et suture de la veine poplitée, qu'il n'a pas été possible étant donné l'ancienneté de cette thrombose de reperméabiliser. Cela n'entraînera pas de préjudice sérieux car cette malade n'a aucune séquelle de phlébite actuellement.

Madame S. O. est mise sous COLCHIMAX pendant une semaine. On y associe un traitement anticoagulant mais au bout de huit jours nous interrompons le COLCHIMAX car cette malade présente une légère diarrhée et quelques gastralgies.

Etant donné l'existence d'une symptomatologie digestive fruste dans les antécédents, nous faisons pratiquer une cholecystographie et un transit gastro-duodénal qui se révéleront normaux.

Le 5 Octobre la malade quitte le Service avec une bonne évolution post-opératoire.

Le 20 Novembre Madame S. O. est revue en consultation avec un état veineux satisfaisant, très peu de troubles fonctionnels sauf un oedème en fin de journée. Il n'y a pas d'anomalie artérielle.

Vers Janvier, nous envisageons la possibilité d'une sclérose des varices restantes si les phénomènes sont stabilisés.

Lors de la première hospitalisation le COLCHIMAX est bien toléré ; mais une thérapeutique adjuvante avec la CHYMOCYCLINE est nécessaire pour obtenir une action anti-inflammatoire correcte chez cette malade à périphlébites récidivantes.

Durant la deuxième hospitalisation le COLCHIMAX est arrêté au bout de huit jours pour cause de diarrhée et d'épigastrie.

Chez cette malade les résultats anti-inflammatoires et la tolérance du COLCHIMAX sont moyens. Il faut noter cependant l'importance du problème phlébologique posé.



- Observation n° 5 :

---

Monsieur M. L. âgé de 72 ans, cultivateur, est hospitalisé dans le Service pour un bilan gastrique et prostatique, et une cure de varices du membre inférieur gauche avec ulcère variqueux.

Ce malade présente des antécédents chargés :

- . 1961 : pleurésie séro-fibrineuse droite
- . 1962 : ictère par hépatite d'inoculation
- . 1963 : poussée hémorroïdaire avec rectorragie
- . 1964 : découverte d'un bulbe ulcéré au transit gastro-duodéal
- . 1965 : méningite tuberculeuse
- . 1969 : confirmation par le transit gastro-duodéal et la gastroscopie d'une déformation bulbaire avec gastrite

Les bilans pratiqués dans le Service montrent :

- . Au point de vue digestif :
  - transit gastro-duodéal : aspect de gastrite confirmé par la fibroscopie
  - biopsie du bulbe et de l'antre : inflammation chronique à la fois inflammatoire et en métaplasie intestinale.
- . Au point de vue urinaire :
  - l'urographie intra-veineuse : adénome prostatique de petit volume et sécrétion et morphologie normales au niveau des deux reins.
- . Au point de vue cardiaque :
  - l'électrocardiogramme montre un bloc incomplet droit.

L'intervention est pratiquée le 14 Janvier. On fait la cure des varices dans le territoire de la saphène interne au membre inférieur gauche. Il existe de volumineux paquets variqueux à la face postéro-latérale du mollet.



- Observation n° 5 :

---

Monsieur M. L. âgé de 72 ans, cultivateur, est hospitalisé dans le Service pour un bilan gastrique et prostatique, et une cure de varices du membre inférieur gauche avec ulcère variqueux.

Ce malade présente des antécédents chargés :

- . 1961 : pleurésie séro-fibrineuse droite
- . 1962 : ictère par hépatite d'inoculation
- . 1963 : poussée hémorroïdaire avec rectorragie
- . 1964 : découverte d'un bulbe ulcéré au transit gastro-duodéal
- . 1965 : méningite tuberculeuse
- . 1969 : confirmation par le transit gastro-duodéal et la gastroscopie d'une déformation bulbaire avec gastrite

Les bilans pratiqués dans le Service montrent :

- . Au point de vue digestif :
  - transit gastro-duodéal : aspect de gastrite confirmé par la fibroscopie
  - biopsie du bulbe et de l'antre : inflammation chronique à la fois inflammatoire et en métaplasie intestinale.
- . Au point de vue urinaire :
  - l'urographie intra-veineuse : adénome prostatique de petit volume et sécrétion et morphologie normales au niveau des deux reins.
- . Au point de vue cardiaque :
  - l'électrocardiogramme montre un bloc incomplet droit.

L'intervention est pratiquée le 14 Janvier. On fait la cure des varices dans le territoire de la saphène interne au membre inférieur gauche. Il existe de volumineux paquets variqueux à la face postéro-latérale du mollet.



" Dans un premier temps, dissection et ligature de la crosse de la saphène interne puis mise en place du stripper dans la veine. Trois incisions étagées permettent de pratiquer l'interruption circulatoire au niveau des paquets variqueux du mollet. Puis on fait le stripping de la saphène interne. "

Le malade est ensuite traité par le COLCHIMAX pendant six jours, puis sort le 22 Janvier sans aucun traitement et sans problème quelconque.

Le COLCHIMAX a été parfaitement toléré en dépit d'une gastrite et d'un petit adénome prostatique ; le résultat anti-inflammatoire est satisfaisant chez ce malade ne présentant pas de complications particulières dues à ses varices.

o

o       o



- Observation n° 6 :

---

Monsieur M. P. 65 ans, cultivateur, est hospitalisé au mois de Mai 1974 pour une périphlébite de la jambe gauche développée en deux temps. Une première atteinte au niveau du mollet a régressé, actuellement il y a une extension à la cuisse.

Dans les antécédents, nous notons une périphlébite en 1956 et des épigastralgies fréquentes. Le transit gastro-duodéal montrera un bulbe irrégulier, inflammatoire, sans lésion ulcéreuse.

Le 14 Mai nous procédons à la ligature de la crosse de la saphène.

Le malade est mis sous COLCHIMAX pendant quinze jours, associé pendant la période pré et post-opératoire immédiate à de la CHYMOCYCLINE. Un traitement anticoagulant est appliqué.

Monsieur M. P. quitte le Service le 30 Mai, sans complications, mais il lui est conseillé de prendre du PHOSPHALUGEL en même temps que le SINTROM car il y a une petite irritation bulbo-duodénale.

Le COLCHIMAX, bien toléré, a nécessité une association avec de la CHYMOCYCLINE pour obtenir une bonne action anti-inflammatoire. Nous n'avons pas noté l'apparition d'épigastralgie en cours de traitement bien que ce malade présente un bulbe irrégulier et inflammatoire.

o

o      o



- Observation n° 7 :

---

Monsieur S. A. 51 ans, ancien polytraumatisé, est hospitalisé le 20 Mai 74 pour des varices du membre inférieur gauche s'aggravant depuis son accident survenu en 1958. On notait à cette époque des fractures multiples du bassin.

Le repos prolongé au lit a conduit à une atrophie musculaire responsable d'une stase périphérique et de lésions des troncs veineux profonds.

Le 24 Décembre 1973 nous avons vu ce malade en consultation pour une périphlébite.

L'examen révélait alors une hypertension artérielle, un tabagisme très accentué, une aérophagie modérée.

Il n'y avait pas de sensation de douleur, pas de crampe, mais une sensation de froid aux pieds et un léger œdème le soir au niveau du membre inférieur.

Nous notions une séquelle de périphlébite à type de lésions de dermite au niveau de la face interne de la jambe gauche et de la cuisse gauche. Nous n'avons pas noté d'insuffisance veineuse chronique et pas d'ischémie périphérique.

L'examen biologique a révélé des Lipides Totaux et des Triglycérides Sanguins élevés.

Après un traitement curatif des lésions inflammatoires du membre inférieur gauche, avec Toniques Veineux, Anti-inflammatoires Hypolipémiants, le malade est hospitalisé le 20 Mai pour la cure chirurgicale de ses varices.

Le 22 Mai, on pratique une crossectomie et un éveinage avec résections étagées du côté gauche. Il n'y aura aucune complication évolutive post-opératoire.

Le COLCHIMAX sera utilisé seul à la dose de 2 comprimés par jour pendant les trois semaines suivant l'intervention sans entraîner de perturbations cliniques et biologiques.



Le malade quittera le Service le 1er Juin pour être orienté vers un Service de Néphrologie pour bilan de son hypertension artérielle.

Chez ce malade, le résultat anti-inflammatoire et la tolérance du COLCHIMAX sont excellents. Il s'agissait d'une cure chirurgicale de varices sans problème particulier.

o

o      o



- T A B L E A U -  
-----

CRITERES D'APPRECIATION

Ce tableau est un récapitulatif des malades traités dans le Service du mois de mars 1974 à Janvier 1975.

Les malades étaient hospitalisés dans la très grande majorité vingt-quatre heures avant l'intervention.

Le colchimax est donné à la dose de deux comprimés par jour, soit 2mg de Colchicine.

Les critères d'appréciation sont les suivants :

1) Résultat :

a) très bon : malade sorti parfaitement guéri sans aucun problème post-opératoire.

b) bon : malade sorti avec un traitement ambulatoire de dix jours devant des signes fonctionnels persistant, ou association de colchimax avec de la calciparine en cours d'hospitalisation.

c) passable : des signes inflammatoires importants persistent à la sortie du malade.

2) Tolérance :

a) excellente : aucun retentissement général.

b) moyenne : thérapeutique adjuvante (ultra-levure, diarsed, antibiophilus) est associée au colchimax.

c) mauvais : arrêt du colchimax par diarrhée rebelle.



| Sexe - Nom | Age         | Antécédents                   | Indications                                            | Date et type d'intervention.                           | Durée du traitement | Traitement associé                       | Résultat sortie          | Incident | Tolérance  |
|------------|-------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------|--------------------------|----------|------------|
| D. J.      | 27 ans<br>H |                               | Varices des deux membres inférieurs<br>Saphène externe | 6 Mars 1974<br>Incisions étagées                       | 10 jours            |                                          | Très bon<br>16 Mars 1974 | 0        | Excellente |
| O. L.      | 53 ans<br>H |                               | Cure de varices du membre inférieur droit.             | 11 Mars 1974<br>résections étagées + éveinage partiel. | 10 jours            |                                          | Très bon<br>20 Mars 1974 | 0        | Excellente |
| B. D.      | 64 ans<br>F | Hernie hyatale<br>Gastralgies | Varices du membre inférieur droit.                     | 12 Mars 1974<br>éveinage + résections étagées.         | 16 jours            | Hydergine<br>Chymocycline<br>Calciparine | Passable<br>20 Mars 1974 | 0        | Excellente |
| G. C.      | 37 ans<br>F | Phlébite                      | Varices du membre inférieur droit.                     | 13 Mars 1974<br>éveinage + incision étagée             | 12 jours            | Calciparine<br>du 5ème au 12ème jour     | Bon<br>25 Mars 1974      | 0        | Excellente |
| R. J.      | 48 ans<br>F |                               | Varices bilatérales                                    | 20 Mars 1974<br>éveinage bilatéral                     | 21 jours            |                                          | Très bon<br>11 Avril     | 0        | Excellente |



| Nom<br>Sexe - Age    | Antécédents | Indications                               | Date et<br>type d'in-<br>tervention.                | Durée<br>du<br>traitement                                | Traitement<br>associé | Résultat<br>sortie   | Incident | Tolérance  |
|----------------------|-------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|----------|------------|
| A. P/<br>45 ans<br>H |             | Varices des<br>deux membres<br>inférieurs | 4 Avril et<br>8 Avril<br>éveinage<br>+<br>incision  | 12 jours<br>traitement<br>ambulatoire<br>re 10 jours     | Calciparine           | Passable<br>19 Avril | 0        | Excellente |
| S. H.<br>51 ans<br>F |             | Varices des<br>deux membres<br>inférieurs | 17 Avril<br>éveinage<br>+<br>résections<br>étagées. | 21 jours                                                 |                       | Très bon<br>4 Mai    | 0        | Excellente |
| C. M.<br>32 ans<br>F |             | Varices du<br>membre infé-<br>rieur droit | 9 Avril<br>éveinage                                 | 18 jours                                                 |                       | Très bon<br>18 Avril | 0        | Excellente |
| A. M.<br>43 ans<br>F |             | Varices<br>bilatérales                    | 17 Avril<br>éveinage<br>+<br>résections<br>étagées  | 15 jours<br>traite-<br>ment ambu-<br>latoire<br>10 jours |                       | Bon<br>29 Avril      | 0        | Excellente |
| C. E.<br>65 ans<br>F |             | Varices du<br>membre inférieur<br>gauche. | 17 Avril<br>Incisions<br>étagées                    | 13 jours<br>traite-<br>ment ambu-<br>latoire<br>10 jours |                       | Très bon<br>25 Avril | 0        | Excellente |



| Nom<br>Sexe - Age    | Antécédents                  | Indications                                     | Date et<br>type d'interven-<br>tion.               | Durée<br>du<br>traitement | Traitement<br>associé                        | Résultat<br>sortie      | Incident           | Tolérance  |
|----------------------|------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|--------------------|------------|
| D. H.<br>48 ans<br>H |                              | Varices du<br>membre infé-<br>rieur gauche      | 17 Avril<br>éveinage                               | 10 jours                  |                                              | Très bon<br>25 Avril    | 0                  | Excellente |
| M. C.<br>48 ans<br>F | Hépatite<br>virale<br>R.A.A. | Varices des<br>deux membres<br>inférieurs.      | 25 Avril<br>éveinage<br>+<br>résection             | 18 jours                  | Calciparine<br>au<br>troisième<br>jour.      | Bon<br>13 Mai 1974      | 0                  | Excellente |
| P. J.<br>51 ans<br>F |                              | Varices des<br>deux membres<br>inférieurs       | 27 Avril<br>éveinage<br>+<br>résection<br>étagée   | 30 jours                  |                                              | Très bon<br>30 Mai 1974 | 0                  | Excellente |
| D. R.<br>54 ans<br>H | Ulcères<br>variqueux         | Varices du<br>membre inférieur<br>gauche        | 10 Mai 1974<br>éveinage                            | 12 jours                  |                                              | Très bon<br>13 Mai 1974 | 0                  | Excellente |
| M. P.<br>65 ans<br>H | Epigastral-<br>gies          | Périphlébite<br>du membre in-<br>férieur gauche | 13 Mai 1974<br>ligature<br>crosse de la<br>saphène | 17 jours                  | Calciparine<br>Chymocycline<br>Antibiophilus | Passable<br>30 Mai 1974 | légère<br>diarrhée | Moyenne    |



| Nom<br>Sexe - Age    | Antécédents          | Indications                                | Date et<br>type<br>d'intervention                                    | Durée<br>du<br>traitement                                | Traitement<br>associé | Résultat<br>sortie      | Incident | Tolérance  |
|----------------------|----------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------|------------|
| J. M.<br>66 ans<br>F | Hépatite<br>R.A.A.   | Varices du<br>membre infé-<br>rieur droit  | 14 Mai 1974<br>éveinage                                              | 14 jours<br>traite-<br>ment ambu-<br>latoire<br>10 jours |                       | Bon<br>27 Mai 1974      | 0        | Excellente |
| C. P.<br>43 ans<br>H |                      | Varices du<br>membre infé-<br>rieur gauche | 16 Mai 1974<br>éveinage                                              | 6 jours<br>traite-<br>ment ambu-<br>latoire<br>10 jours  |                       | Bon<br>24 Mai 1974      | 0        | Excellente |
| L. A.<br>52 ans<br>F |                      | Varices des<br>deux membres<br>inférieurs  | 21 mai 1974<br>28 Mai 1974<br>éveinage +<br>résection<br>étagée      | 16 jours<br>traite-<br>ment ambu-<br>latoire<br>10 jours | Calciparine           | Passable<br>6 Juin 1974 | 0        | Excellente |
| L. R.<br>52 ans<br>H |                      | Varices<br>bilatérales                     | 17 Mai 1974<br>22 Mai 1974<br>éveinage<br>+<br>résections<br>étagées | 19 jours                                                 |                       | Très bon<br>6 Juin 1974 | 0        | Excellente |
| S. A.<br>51 ans<br>H | Polytrauma-<br>tisé. | Varices du<br>membre infé-<br>rieur droit. | 22 Mai 1974<br>éveinage<br>+<br>résection<br>étagée                  | 10 jours<br>traite-<br>ment ambu-<br>latoire<br>10 jours |                       | Bon<br>1 Juin 1974      | 0        | Excellente |



| Nom<br>Sexe - Age    | Antécédents                                              | Indications                                             | Date et<br>type d'in-<br>tervention                            | Durée<br>du<br>traitement                                | Traitement<br>associé                                                              | Résultat<br>sortie       | Incident | Tolérance  |
|----------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|------------|
| R. N.<br>64 ans<br>F | Varices et<br>ulcère de<br>la jambe<br>gauche en<br>1969 | Varices du<br>membre infé-<br>rieur droit<br>et ulcère. | 28 Mai 1974<br>résection<br>étagée                             | 24 jours<br>traite-<br>ment ambu-<br>latoire<br>10 jours | Intrait de<br>Marron d'Inde<br>Aspégic<br>Diarsed<br>Chymocycline<br>Antibiophilus | Passable<br>14 Juin 1974 | 0        | Excellente |
| C. P.<br>26 ans<br>F |                                                          | Varices du<br>membre infé-<br>rieur droit.              | 19 Juin 1974<br>éveinage                                       | 10 jours<br>traite-<br>ment ambu-<br>latoire<br>10 jours |                                                                                    | Bon<br>29 Juin 74        | 0        | Excellente |
| B. L.<br>57 ans<br>F |                                                          | Varices du<br>membre infé-<br>rieur droit.              | 14 Juin 1974<br>éveinage                                       | 9 jours<br>traite-<br>ment ambu-<br>latoire<br>10 jours  |                                                                                    | Bon<br>22 Juin 74        | 0        | Excellente |
| P. A.<br>56 ans<br>F |                                                          | Varices du<br>membre infé-<br>rieur droit               | 27 Juin 1974<br>éveinage et<br>sclérose<br>post-<br>opératoire | 12 jours<br>traite-<br>ment ambu-<br>latoire<br>10 jours | Calciparine                                                                        | Passable<br>8/VIII/74    | 0        | Excellente |
| P. R.<br>64 ans<br>F | Epigastral-<br>gies                                      | Varices du<br>membre infé-<br>rieur gauche              | 28 Juin 1974<br>éveinage et<br>sclérose<br>post-<br>opératoire | 18 jours<br>traite-<br>ment ambu-<br>latoire<br>10 jours | Intrait de<br>Marron d'Inde<br>Héparine et<br>Calciparine<br>Tandéril              | Passable<br>16/VIII/74   | 0        | Excellente |



| Nom<br>Sexe - Age    | Antécédents      | Indications                                                          | Date et<br>type d'in-<br>tervention.                   | Durée<br>du<br>traitement                                | Traitement<br>associé                      | Résultat<br>sortie    | Incident                              | Tolérance  |
|----------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|------------|
| F. A.<br>48 ans<br>F |                  | Périphlébite<br>membre infé-<br>rieur gauche                         | 28 Juin 74<br>ligature<br>de<br>crosse                 | 14 jours<br>traite-<br>ment ambu-<br>latoire<br>10 jours | Intrait de<br>Marron d'Inde<br>Calciparine | Passable<br>13. 7. 74 | 0                                     | Excellente |
| R. M.<br>67 ans<br>F |                  | ulcère vari-<br>queux et<br>varices membre<br>inférieur gau-<br>che. | 4 Juillet 74<br>éveinage<br>+<br>résections<br>étagées | 5 jours<br>traite-<br>ment ambu-<br>latoire<br>10 jours  | Polaramine                                 | Bon<br>9. 7. 74       | petite<br>réaction<br>allergi-<br>que | Moyenne    |
| L. J.<br>31 ans<br>F |                  | Varices du<br>membre infé-<br>rieur droit.                           | 5 Juillet 74<br>éveinage                               | 9 jours<br>traite-<br>ment ambu-<br>latoire<br>10 jours  |                                            | Bon<br>15. 7. 74      | 0                                     | Excellente |
| G. R.<br>49 ans<br>H |                  | Varices du<br>membre infé-<br>rieur gauche                           | 11 Juillet 74<br>éveinage                              | 6 jours<br>traite-<br>ment ambu-<br>latoire<br>10 jours  |                                            | Bon<br>18. 7. 74      | 0                                     | Excellente |
| C. H.<br>27 ans<br>F | gastral-<br>gies | Varices<br>bilatérales                                               | 13 juillet 74<br>20 juillet 74<br>éveinage             | 14 jours<br>traite-<br>ment ambu-<br>latoire<br>10 jours |                                            | Bon<br>29. 7. 74      | 0                                     | Excellente |



| Nom<br>Sexe - Age    | Antécédents                             | Indications                                                                 | Date et<br>type d'in-<br>tervention                | Durée<br>du<br>traitement                                | Traitement<br>associé                      | Résultat<br>sortie    | Incident                | Tolérance  |
|----------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|------------|
| B. F.<br>35 ans<br>F |                                         | Varices des<br>deux membres<br>inférieurs                                   | 26 juillet<br>éveinage<br>+<br>résection<br>étagée | 11 jours                                                 | Héparine                                   | Bon<br>3. 9. 74       | 0                       | Excellente |
| P. C.<br>33 ans<br>F | Maladie<br>de<br>Raynaud<br>gastralgies | Varices<br>bilatérales                                                      | 31 juillet<br>éveinage                             | 10 jours                                                 |                                            | Très bon<br>19. 9. 74 | 0                       | Excellente |
| N. D.<br>28 ans<br>H |                                         | Varices des<br>deux membres<br>inférieurs                                   | 3 Août<br>éveinage                                 | 6 jours<br>traitement<br>ambula-<br>toire<br>10 jours    |                                            | Bon<br>8. 8. 74       | 0                       | Excellente |
| C. S.<br>51 ans<br>F | gastralgies                             | ulcère hémor-<br>ragique de la<br>jambe gauche<br>varices bila-<br>térales. | 21 Août<br>éveinage                                | 40 jours<br>traite-<br>ment ambu-<br>latoire<br>10 jours | Solcoséryl<br>Chymocycline<br>Ultra-Levure | Passable<br>4. 10. 74 | diarrhée<br>gastralgies | Moyenne    |
| A. A.<br>39 ans<br>F |                                         | Varices<br>bilatérales                                                      | 23 Août 74<br>éveinage<br>+<br>résection<br>étagée | 18 jours<br>traite-<br>ment ambu-<br>latoire<br>10 jours |                                            | Bon<br>9. 9. 74       | 0                       | Excellente |



| Nom<br>Sexe - Age    | Antécédents                                    | Indications                                                                            | Date et<br>type d'in-<br>tervention                                                             | Durée<br>du<br>traitement                                | Traitement<br>associé                                                                       | Résultat<br>sortie    | Incident           | Tolérance  |
|----------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|------------|
| V. H.<br>56 ans<br>F |                                                | Varices des deux<br>membres infé-<br>rieurs - Ulcère<br>jambe droite<br>et pied gauche | 10 Septem-<br>bre<br>éveinage                                                                   | 21 jours                                                 | Calciparine<br>Ultra-Levure<br>Diarsed                                                      | Bon<br>1. 10. 74      | Diarrhée           | Mauvaise   |
| D. M.<br>47 ans<br>H | Ulcère<br>de<br>l'estomac                      | Varices des<br>deux membres<br>inférieurs                                              | 23 Août<br>éveinage<br>bilatéral                                                                | 6 jours                                                  |                                                                                             | Très bon<br>27. 8. 74 | 0                  | Excellente |
| B. M.<br>45 ans<br>F | scléroses<br>de<br>varices<br>il y a<br>20 ans | Varices du<br>membre infé-<br>rieur droit.                                             | 2 Septembre<br>éveinage<br>+<br>résection<br>étagée                                             | 14 jours<br>traite-<br>ment ambu-<br>latoire<br>10 jours |                                                                                             | Bon<br>16. 9. 74      | 0                  | Excellente |
| S. O.<br>50 ans<br>F | dyskinésies<br>biliaire                        | périphlébite<br>ascendante des 2<br>saphènes interne<br>périphlébite<br>veine poplitée | 24 Mars<br>crossectomie<br>bilatérale<br>23 Sept.<br>résection su-<br>ture veine<br>poplitée G. | 12 jours<br>6 jours                                      | Intrait de<br>Marron d'Inde<br>Héparine puis<br>Calciparine<br>Chymocycline<br>Ultra-Levure | Passable<br>8.10. 74  | légère<br>diarrhée | Moyenne    |
| C. A.<br>53 ans<br>F |                                                | Varices post-<br>phlébitiques<br>des membres<br>inférieurs                             | 10 Septembre<br>résection<br>étagée                                                             | 8 jours<br>traite-<br>ment ambu-<br>latoire<br>10 jours  | Calciparine<br>Tandéril<br>Chymoral<br>Chymocycline<br>Antibiophilus<br>Ultra-Levure        | Passable<br>27. 9. 74 | diarrhée           | Mauvaise   |



| Nom<br>Sexe - Age    | Antécédents | Indications                               | Date et<br>type d'interven-<br>tion                  | Durée<br>du<br>traitement                           | Traitement<br>associé | Résultat<br>sortie    | Incident | Tolérance  |
|----------------------|-------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------|------------|
| S. P.<br>64 ans<br>F |             | Varices des<br>deux membres<br>inférieurs | 19 Septembre<br>éveinage<br>+<br>résection<br>étagée | 19 jours<br>traitement ambu-<br>latoire<br>10 jours |                       | Bon<br>7.10. 74       | 0        | Excellente |
| F. F.<br>38 ans<br>F |             | Varices<br>membre infé-<br>rieur gauche   | 20 Septembre<br>éveinage<br>+<br>résection<br>étagée | 11 jours<br>traitement ambu-<br>latoire<br>10 jours |                       | Bon<br>30. 9. 74      | 0        | Excellente |
| L. C.<br>44 ans<br>F |             | Varices des<br>deux membres<br>inférieurs | 20 Septembre<br>éveinage                             | 19 jours<br>traitement ambu-<br>latoire<br>10 jours |                       | Bon<br>7. 10. 74      | 0        | Excellente |
| I. Y.<br>43 ans<br>F |             | Varices du<br>membre infé-<br>rieur droit | 27 Septembre<br>éveinage                             | 9 jours<br>traitement ambu-<br>latoire<br>10 jours  |                       | Bon<br>7. 10. 74      | 0        | Excellente |
| C. C.<br>60 ans<br>F |             | Varices des<br>deux membres<br>inférieurs | 7 Octobre<br>éveinage<br>+<br>résections<br>étagées  | 4 jours                                             | Tandéril<br>Chymoral  | Passable<br>28. 9. 74 | diarrhée | Mauvaise   |



| Nom<br>Sexe - Age     | Antécédents                               | Indications                                | Date et<br>type d'interven-<br>tion | Durée<br>du<br>traitement | Traitement<br>associé | Résultat<br>sortie     | Incident | Tolérance  |
|-----------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------|------------------------|----------|------------|
| C. G.<br>47 ans<br>F  |                                           | Varices des<br>deux membres<br>inférieurs  | 2 Octobre<br>éveinage               | 7 jours                   | Tandénil<br>Chymoral  | Passable<br>19. 10. 74 | diarrhée | Mauvaise   |
| P. L.<br>40 ans<br>F  |                                           | Varices<br>bilatérales                     | 18 Décembre<br>éveinage             | 13 jours                  | Tandénil              | Passable<br>30. 12. 74 | 0        | Excellente |
| L. L.<br>71 ans<br>H  | gastrite                                  | Varices du<br>membre infé-<br>rieur gauche | 15 Janvier<br>1975<br>éveinage      | 6 jours                   |                       | Très bon<br>22. 1. 75  | 0        | Excellente |
| L. A.<br>26 ans<br>F. | Phlébite<br>membre<br>inférieur<br>gauche | Varices<br>bilatérales                     | 15 janvier<br>1975<br>éveinage      | 6 jours                   | Chymoral<br>Glyvénol  | Passable<br>27. 1. 75  | diarrhée | Mauvaise   |
|                       |                                           |                                            |                                     |                           |                       |                        |          |            |



### COMMENTAIRES.

Sur 49 malades étudiés :

|                      |   |    |
|----------------------|---|----|
| résultats très bons  | : | 12 |
| résultats bons       | : | 22 |
| résultats passables  | : | 15 |
| tolérance excellente | : | 39 |
| tolérance moyenne    | : | 5  |
| tolérance mauvaise   | : | 5  |

Donc sur 49 malades nous avons obtenu 34 résultats favorables, et une bonne tolérance dans 44 cas.

Nous pouvons donc apprécier l'efficacité de ce produit dans le domaine anti-inflammatoire, et cela avec un minimum d'effets secondaires.

Ce sont des problèmes digestifs qui ont amené l'arrêt du traitement, et une seule fois nous avons observé un petit incident allergique traité par la polaramine.

x

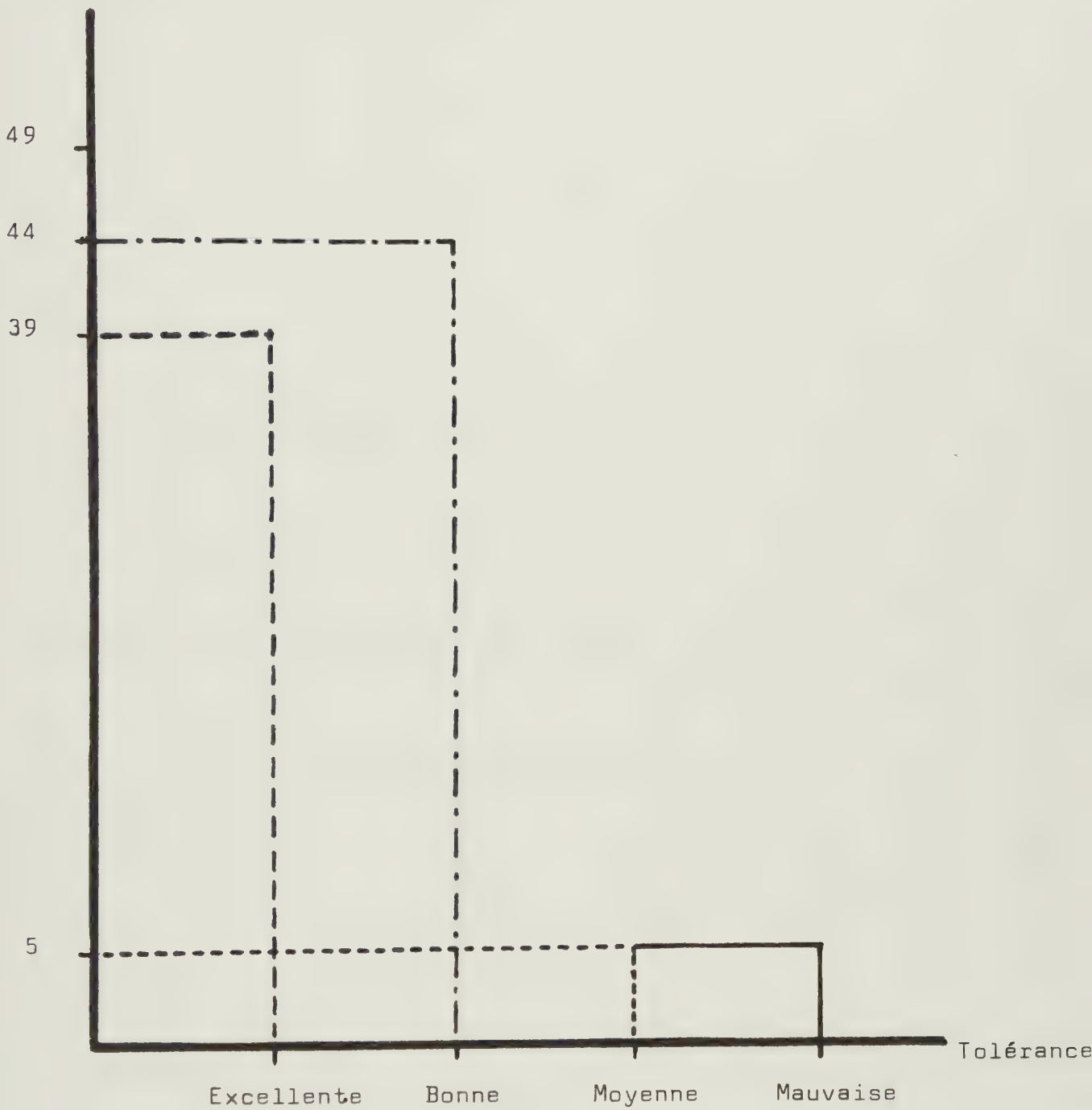
x

x



- HISTORIOGRAMME DE LA TOLERANCE -

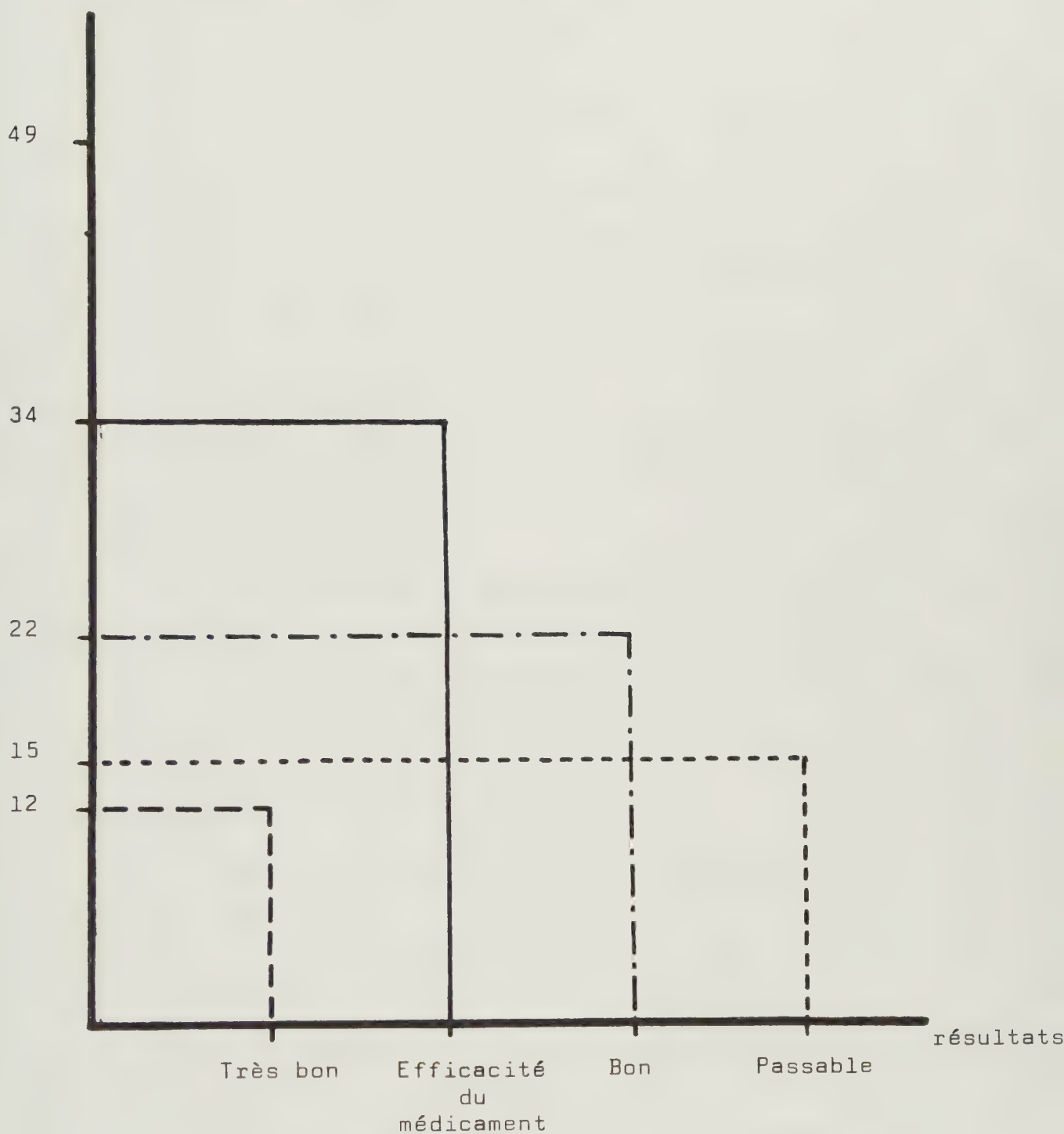
Nombre de  
malades





- HISTORIOGRAMME DES RESULTATS -

Nombre de  
malades





- C O N C L U S I O N -

-----

Le colchimax se révèle une thérapeutique efficace dans les suites d'intervention pour varices, grace à son action anti-inflammatoire associée à une action modératrice sur la motilité et la sécrétion du tube digestif.

D'après un article de Monsieur LAGRUE appartenant au Centre de Recherches sur les néphropathies expérimentales et humaines (INSERM et Association Claude Bernard - Paris) l'action anti-inflammatoire s'associe à des mécanismes multiples sur lesquels influe la colchicine.

1. Inhibition de la motilité du polynucléaire et effet inhibiteur vis à vis des facteurs chimiotactiques.
2. Diminution de l'activité phagocytaire avec réduction de la consommation d'oxygène.
3. Dépression de la synthèse de DNA en culture de lymphocytes.
4. Réduction de la libération d'histamine obtenue à partir des mastocytes.
5. Inhibition de l'agrégat plaquettaire.

L'activité atropinique du colchimax modère l'irritabilité digestive due à la colchicine, mais en limite l'emploi.

Le colchimax est donc une drogue très influente sur l'inflammation. Il est dans l'ensemble bien supporté par le malade. Les rares accidents observés sont à type d'irritabilité



digestive, et exceptionnellement allergiques, si nous respectons les contre-indications du prostatique, du glaucome, de la femme enceinte, des grosses déficiences respiratoires, rénales, cardio-vasculaires graves.

x

x

x

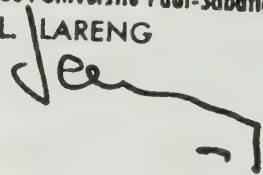
Lu et approuvé  
Le Président de thèse  
Pt. G. Bastide

Mh/IV/75



Vu et Permis d'imprimer  
Toulouse, le 22 Avril 1975 -  
Le Président de l'Université Paul-Sabatier

L. LARENG





- B I B L I O G R A P H I E -

-----

1. ARTZ M.D., CURTIS P., HARDY M.D., JAMES M.D.,  
Les complications en chirurgie et leur traitement  
Editions Maloine - Paris - 1968  
(141 - 147)
2. BETZ E.H., FIRKET J.  
Anatomie pathologie humaine  
Editions Desoer - Liège - 1964  
(113 - 147)
3. BOUSQUET B.  
Contribution à l'étude de la colchicothérapie en  
pathologie veineuse.  
Thèse Médecine - Paris - 1965 - n°264
4. CHEVREMONT M.  
Notions de cytologie et histochimie  
Editions Desoer - Liège - 1966  
Volume 11 (618 - 623)
5. Colloque du 3 Mars 1962 de la Société Française de  
Phlébologie - Crossectomie et stripping.  
Editions l'Expansion - Paris - 1962
6. HOUSSET E.  
Intérêt thérapeutique de la colchicine en pathologie  
vasculaire périphérique  
Revue d'Angéiologie n° 5 - Septembre-Octobre 1962



7. KERHOAS A.

Association novamine - sulfone et iodure de tiémonium  
en chirurgie.

Thèse Médecine - Paris - 1960 - n° 1140

8. LARCAN A., STOLTZ J.F.

Microcirculation et hémorhéologie

Editions Masson et Cie - Paris - 1970

(155 - 168)

9. MARQUE-BERNARD

Rôle du dysfonctionnement des communications artério-veineuses

Thèse Médecine Bordeaux - 1959 - n°248

(8 - 12)

10. SIMONART A.

Pharmacodynamie et thérapeutique

Editions Arscia - Bruxelles - 1968

(171) - (231 - 243)

o

o

o









